

Artículo de Investigación

Cuidado espiritual: una mirada desde el modelo de manejo de síntomas y el cuidado paliativo

Spiritual care: A look from the perspective of the model of symptom management and palliative care

Cuidado espiritual: um olhar a partir do modelo de manejo dos sintomas e cuidados paliativos

Paulina **Cuartas-Hoyos**; Rosa-Lali **Charry-Hernández**; Priscilla **Ospina-Muñoz**; Sandra **Carreño-Corredor**

Cómo citar este artículo

Cuartas-Hoyos Paulina; **Charry-Hernández Rosa-Lali**; **Ospina-Muñoz Priscilla**; **Carreño-Corredor Sandra**. Cuidado espiritual: una mirada desde el modelo de manejo de síntomas y el cuidado paliativo. Revista Colombiana de Enfermería. 2019, v. 18, n. 1, e005. <https://doi.org/10.18270/rce.v18i1.2341>

Recibido: 2018-06-05; aprobado: 2019-03-11

Paulina Cuartas-Hoyos: Enfermera, estudiante de Maestría en Enfermería en Cuidados Paliativos. Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira. Pereira, Colombia.
<https://orcid.org/0000-0002-6762-7364>
paulinacuartas2210@gmail.com

Priscilla Ospina-Muñoz: Enfermera, estudiante de Maestría en Enfermería en Cuidados Paliativos. Oncólogos del Occidente S.A.S. Pereira, Colombia.
<https://orcid.org/0000-0001-7368-1407>
pris0527@hotmail.com

Rosa-Lali Charry-Hernández: Enfermera, especialista en Cuidado Crítico Adulto, estudiante de Maestría en Enfermería en Cuidados Paliativos. Becton Dickinson-Medical Device Support. Bogotá, Colombia.
<https://orcid.org/0000-0002-2777-7747>
rosalali@hotmail.es

Sandra Carreño-Corredor: Enfermera, estudiante de Maestría en Enfermería en Cuidados Paliativos. Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. Bogotá, Colombia.
<https://orcid.org/0000-0002-4816-7921>
sandracarreno1990@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: describir el cuidado espiritual a partir de la revisión de literatura científica relacionada con el cuidado paliativo y su articulación con los componentes del modelo conceptual del manejo de síntomas de Patricia Larson y colaboradores. **Metodología:** revisión sistemática de la literatura científica sobre cuidado espiritual y paliativo, publicada entre el 2002 y el 2018, siguiendo los

lineamientos de Ganong y teniendo en cuenta los componentes del modelo del manejo de síntomas de Patricia Larson y colaboradores: experiencia del síntoma, estrategia de manejo del síntoma y resultado del manejo del síntoma. **Resultados:** de los 56 artículos identificados inicialmente, 50 cumplieron con los criterios de selección y se clasificaron según los componentes del modelo del manejo de síntomas. Se encontró conceptualización de espiritualidad, escalas de valoración, intervenciones y beneficios del cuidado espiritual en pacientes con necesidades paliativas. **Conclusiones:** el cuidado espiritual parte de percibir la experiencia del proceso de enfermedad o etapa de fin de vida, para identificar las necesidades espirituales de las personas a través de la valoración con escalas validadas y el uso de diagnósticos relacionados con la dimensión espiritual. Las estrategias de manejo que incluyen el cuidado espiritual comienzan con el acompañamiento y la escucha activa del paciente, de donde se derivan las intervenciones de segundo y tercer nivel descritas en la literatura. Se requiere preparación de los profesionales en enfermería para orientar planes de cuidado espiritual fundamentados desde el modelo que exponen Larson y colaboradores para el manejo de síntomas.

Palabras clave: espiritualidad; cuidados paliativos; terapias espirituales; síntomas espirituales; atención de enfermería; cuidado espiritual; manejo de síntomas; final de la vida; enfermedad terminal; bienestar espiritual.

ABSTRACT

Objective: To describe spiritual care from the perspective of scientific literature related to palliative care, taking into account the components of the Conceptual Model of Symptom Management, as stated by Patricia Larson and collaborators. **Methodology:** Systematic review, following Ganong's guidelines, of publications made between 2002 and 2018 that are related to spiritual care and palliative care and articulated with the components of Patricia Larson's Symptom Management Model: symptom experience, symptom management strategy, and result of symptom management. **Results:** Of the 56 articles initially identified, 50 met the selection criteria and were classified according to the components of the Symptom Management Model. We found conceptualization of spirituality, scales for its assessment, interventions and benefits of spiritual care in patients with palliative needs. **Conclusions:** Spiritual care starts with perceiving the experience during the disease process or end-of-life stage, and includes timely identification of spiritual needs, their assessment through validated scales, and the use of diagnoses related to the spiritual dimension. The management strategies involved in spiritual care start from the accompaniment and active listening to the patient, from which the second and third level interventions described by the literature are derived. It is necessary to prepare nursing professionals which guide management strategies through the use of the model of Larson and collaborators, to management of symptoms in clinical practice.

Key words: spirituality; palliative care; spiritual therapies; spiritual symptoms; nursing care; spiritual care; symptom management; end of life; terminal disease; spiritual well-being.

RESUMO

Objetivo: descrever cuidados espirituais a partir da revisão da literatura científica relacionada aos cuidados paliativos, levando em conta os componentes do Modelo Conceitual de Manejo dos Sintomas de Patricia Larson, e colaboradores. **Metodologia:** revisão sistemática, seguindo as orientações de Ganong, de publicações realizadas entre 2002 e 2018, relacionadas aos cuidados espirituais e cuidados paliativos, articuladas aos componentes do Modelo de Gerenciamento de Sintomas de Patricia Larson: experiência, estratégia e resultado do manejo do sintoma. **Resultados:** dos 56 artigos inicialmente identificados, 50 preencheram os critérios de seleção e foram classificados de acordo com os componentes do Modelo de Gerenciamento de Sintomas. Encontramos conceitualização de espiritualidade, escalas para sua avaliação, intervenções e benefícios do cuidado espiritual em pacientes com necessidades paliativas. **Conclusões:** o cuidado espiritual começa com a percepção da experiência do processo da doença ou do estágio final da vida, e inclui a identificação de necessidades espirituais, sua avaliação através de escalas validadas, e o uso de diagnósticos relacionados à dimensão espiritual. As estratégias de manejo que incluem o cuidado espiritual partem do acompanhamento e da escuta ativa do paciente, a partir dos quais derivam as intervenções de segundo e terceiro nível descrito na literatura. É necessário preparar e capacitar os profissionais de enfermagem que orientam as estratégias de gestão através do o modelo de Larson e colaboradores.

Palavras-chaves: espiritualidade; cuidados paliativos; terapias espirituais ; sintomas espirituais; cuidado de enfermagem; cuidado espiritual; manejo dos sintomas; fim da vida; doença terminal; bem-estar espiritual.

INTRODUCCIÓN

El término *paliar* (del latín *palliare*) quiere decir ‘tapar o cubrir’ y se relaciona con *pallium*, término de origen romano que significa ‘manto o abrigo’; el sentido que se le otorga a la acción de paliar es el de mitigar, suavizar, atenuar una pena o disgusto (1). La Organización Mundial de la Salud define el *cuidado paliativo* como un

[...] planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal; previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros problemas, sean de orden físico, psicosocial o espiritual (2).

El término *espiritualidad* (del latín *spiritualitas*) se asocia con espíritu o *spiritus*, que significa ‘aliento o respiro’, sinónimo de una vida que trasciende lo corpóreo (1). El cuidado paliativo trata sobre la conexión entre la *espiritualidad* y el *sentido de la vida*, conceptos que trascienden la tradición cartesiana y biomédica del medio académico actual (3). De esta manera, abordar la espiritualidad permite una interacción considerando la individualidad del paciente y a la vez aporta una impronta al trabajo de los profesionales al generar vínculos entre ellos, los familiares y los mismos pacientes (4). Desde la perspectiva de los cuidados paliativos, la espiritualidad puede guiar el comportamiento de las personas en relación con la vivencia de su enfermedad y la toma de decisiones en salud (5-8). En este sentido, varios autores coinciden en definir la espiritualidad como una integración entre la vida y el mundo a través de una búsqueda personal para entender la existencia humana, el significado de la vida y cómo esta se relaciona con lo sagrado y lo trascendente (9).

Es habitual que los pacientes con enfermedades crónicas necesiten explorar, compartir y encontrar una explicación a su enfermedad o a la posibilidad de una muerte próxima (10). Esa búsqueda de significados y propósitos para satisfacer las necesidades de afecto, de perdón y de relacionarse con el entorno son importantes en la existencia de las personas, ya que influyen en las condiciones, estilos de vida, actitudes y sentimientos frente a la enfermedad (6). Aunque la muerte es un proceso natural,

su proximidad a veces es vista de un modo amenazante, sin embargo, hay ocasiones en que esta situación favorece la capacidad de despertar ese lado espiritual que ha permanecido silente durante la mayor parte de la vida (11). La religiosidad, las creencias y cualquier práctica propia de la cultura de las personas son factores protectores que, ante la frustración y el desánimo, devuelven la esperanza y el optimismo frente a la enfermedad, transformando de algún modo las situaciones críticas en experiencias positivas (12). En la práctica clínica, se evidencia cómo el profesional en enfermería, por estar más tiempo en contacto con los pacientes, es quien tiene la oportunidad de fortalecer esa relación y así fomentar la etapa del despertar espiritual al identificar cuáles son las necesidades de cada uno y cómo estas se podrían abordar.

En el presente estudio se toma como referencia el modelo del manejo de síntomas de Patricia Larson y colaboradores (13). Humphreys y otros (13) citan este modelo en el que los síntomas específicos se tratan desde un proceso multidimensional. El modelo se enfoca en tres componentes interactivos: experiencia del síntoma, estrategia de manejo del síntoma y resultado del manejo del síntoma, con la premisa de que el manejo efectivo de un síntoma y, por ende, su cuidado deben incluir los tres componentes (13). La elección de este modelo se justifica por sus suposiciones básicas que pueden aplicarse al estudio y la comprensión de la espiritualidad y su abordaje en pacientes con necesidades paliativas (14). Algunas de sus suposiciones son: (a) se basa en la percepción del individuo que experimenta el síntoma y su descripción, es decir, la detección de los síntomas espirituales se basa principalmente en el informe verbal del paciente; (b) no es necesario que los sujetos presenten el síntoma para aplicar el modelo en mención, solo deben estar en riesgo de desarrollarlos, de este modo, el hecho de saber que el paciente puede tener necesidades espirituales puede conducir a planificar e implementar la prevención, evaluación y gestión por adelantado; (c) cuando el paciente tiene alguna dificultad para comunicarse, la información brindada por el familiar o cuidador se puede considerar como una fuente confiable para evaluar e intervenir el síntoma; así, dicha suposición puede involucrar a los cuidadores en relación

con los síntomas espirituales, quienes perciben y reconocen los comportamientos de incomodidad más fácilmente; (d) deben abordarse todos los síntomas indicativos, los cuales deben evaluarse y abordarse de manera integrada y completa; (e) la estrategia puede dirigirse a un individuo, grupo, familia o ambiente de trabajo; (f) es un proceso dinámico en el que, por un lado, el impacto de los síntomas es individual y, por otro, depende de las influencias de los dominios de enfermería, persona, medio ambiente y salud/enfermedad: percepción, verbalización y receptividad de los síntomas espirituales.

Las estrategias de manejo son individuales, según las características biopsicosociales influenciadas por los tres componentes (14). El presente estudio tiene como objetivo describir el cuidado espiritual a partir de la revisión de literatura científica relacionada con el cuidado paliativo y su articulación con los diferentes componentes del modelo del manejo de síntomas (13).

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de la evidencia científica bajo la metodología propuesta por Lawrence H. Ganong (15), en la que se abordaron las siguientes etapas: formulación de la pregunta para la revisión, búsqueda y selección de estudios de acuerdo con criterios establecidos,

representación de las características de los estudios seleccionados en forma de tablas, valoración de los hallazgos, e interpretación y síntesis de la evidencia encontrada. Con base en la selección de artículos, se evidenciaron y discutieron los conceptos de espiritualidad y cuidado espiritual en el contexto del cuidado paliativo desde los tres componentes del modelo del manejo de síntomas. La pregunta de investigación formulada fue: ¿Cuáles son las características del cuidado espiritual según la revisión de la evidencia científica relacionada con cuidado paliativo, teniendo en cuenta los tres componentes del modelo conceptual del manejo de síntomas de Larson y colaboradores?

Los criterios de selección de los artículos se basaron en las siguientes características: artículos originales y de revisión; con texto completo disponible en línea; publicados en inglés, español o portugués en el periodo 2002-2018; libros, y estudios disponibles en las bases de datos ProQuest, ClinicalKey, Ovid, Pubmed, SciELO, Google académico, Redalyc, Science Direct, Wolters Kluwer, Elsevier y Scopus (véase tabla 1). La búsqueda bibliográfica se realizó entre febrero y junio de 2018. Se utilizaron las siguientes palabras clave: espiritualidad, cuidados paliativos, terapias espirituales, las cuales se combinaron mediante ecuaciones de búsqueda con los operadores booleanos AND, OR y NOT en español e inglés.

Base de datos	Títulos seleccionados	Resúmenes seleccionados	Textos completos seleccionados
ProQuest	20	18	8
ClinicalKey	13	6	4
Ovid	18	3	1
Pubmed	14	13	10
SciELO	12	9	4
Google académico	20	5	5
Redalyc	10	5	3
Science Direct	7	8	7
Wolters Kluwer	5	2	1
Elsevier	6	4	3
Scopus	8	6	4
Total	133	79	50

Tabla 1. Información cuantitativa del proceso de búsqueda y selección de artículos para la revisión

Se seleccionaron aquellos artículos con información sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual en pacientes con necesidades paliativas. Luego, se organizaron según su contenido, siguiendo los componentes del modelo de manejo de síntomas (14). Se excluyeron tesis doctorales, artículos de prensa, artículos de reflexión, artículos que no abordaran el cuidado espiritual desde cualquiera de los tres componentes del modelo revisado o que no estuvieran relacionados con población con necesidades paliativas, artículos duplicados en diferentes bases de datos, los cuales solo se consideraron en una ocasión.

Los artículos seleccionados se organizaron y analizaron de acuerdo con los componentes del modelo de manejo de síntomas (14): experiencia del síntoma (14 artículos), estrategia de manejo del síntoma (16 artículos) y resultado del manejo del síntoma (20 artículos). Lo anterior, teniendo en cuenta que algunos artículos contenían información relevante para más de un componente.

RESULTADOS

Experiencia del síntoma (percepción, evaluación y respuesta)

Dentro del componente *experiencia del síntoma* se encuentran conceptos relacionados entre sí que, en conjunto, permiten explicar cómo el paciente llega a experimentar cada síntoma. Dichos conceptos son: *percepción del síntoma*, *evaluación del síntoma* y *respuesta al síntoma*.

La espiritualidad es definida como una búsqueda personal de respuestas comprensibles acerca de las cuestiones de la vida, su significado y la relación que tienen con lo trascendente; estas pueden o no conducir a rituales religiosos (16). Ante situaciones de enfermedad, las personas experimentan un estado de vulnerabilidad, en el que se alteran todas las dimensiones del ser; así, la dimensión externa se relaciona con las molestias físicas y la dimensión del interior con los sentimientos de esperanza, temor, expectativas de vida e incertidumbre frente a la muerte (17). De acuerdo con este aspecto personal, es difícil identificar una necesidad espiritual que experimente el paciente;

sin embargo, sus actitudes, su relación con los demás y con el entorno, así como el lenguaje verbal y no verbal, son signos orientadores de un diagnóstico que pueden llevar al conflicto y desarmonía entre las creencias, esperanzas y valores de la persona y contribuir a la pérdida del significado de la vida (18).

Singh (19) menciona que muchos de los pacientes que se encuentran en su fase de fin de vida y que no muestran deseos de trascender espiritualmente, parecen entrar en un “estado modificado de conciencia”, en donde se describen sentimientos de conexión, paz y de descubrimiento individual acelerado de sí mismo, a lo que la autora llamó “experiencia de la cercanía de la muerte”. Lo anterior se complementa con lo planteado por Redondo-Elvira, Ibáñez-del-Parto y Barbas-Abad (20), quienes afirman que no todas las personas experimentan o perciben esta etapa como fuente de sufrimiento, lo cual puede estar relacionado con un mayor nivel de resiliencia. El grado de resiliencia de una persona se da por su capacidad de sobreponerse a situaciones difíciles y fortalecerse con ellas. Así, se puede considerar que la resiliencia es un factor protector frente al sufrimiento para quienes se encuentran en situación de final de vida, además, que puede influir en cómo la persona experimenta síntomas espirituales (20).

Barreto, Fombuena, Diego, Galiana, Oliver y Benito (21) plantean cómo el bienestar emocional en los pacientes en situación de fin de vida se expresa a través de la ausencia de ansiedad y depresión. El proceso para conseguirlo y modularlo se determina por la resiliencia y su estrecha relación con la espiritualidad (21). Los síntomas espirituales son difíciles de identificar en la mayoría de los casos. A menudo, en la práctica profesional, se encuentran tres arquetipos de personas, según Pérez-García (22):

- Personas que para nada valoran lo espiritual.
- Personas que valoran la espiritualidad y la expresan a través de una religión.
- Personas que valoran en gran medida la espiritualidad, pero que no la expresan a través de un credo religioso.

Es importante tener en cuenta que quienes no conceden valor a lo espiritual no restringen la consi-

deración de ser espirituales; sin embargo, esto puede influenciar la experiencia que tiene el paciente de su proceso de enfermedad (22, 23), haciendo énfasis de nuevo en la enfermedad terminal como un estado de despertar espiritual (19, 23). La naturaleza espiritual que caracteriza a una persona se experimenta en un nivel transracional, transpersonal y transconfesional, es decir, trascendiendo, integrando y descubriendo a medida que se vive (24).

Sigue siendo difícil valorar e identificar las necesidades o síntomas espirituales, hay pocos instrumentos validados transculturalmente y la gran mayoría de los existentes se basan en la experiencia subjetiva que el paciente tiene de su enfermedad o de su proceso de final de vida. Se encuentra que algunos de los síntomas expresados por personas con necesidades paliativas son dolor espiritual, autocastigo, incredulidad, culpabilidad y desamor (25, 26). Teniendo en cuenta los factores descritos que influyen en la experiencia de la espiritualidad, es necesario considerar que hay diferentes grados de madurez espiritual según la persona y su moral (27, 28). Según Wilber, citado por Bermejo (29):

Estas etapas son creencia, fe, experiencia directa y adaptación permanente, teniendo en cuenta que el grado de conciencia espiritual no modifica el valor ni la dignidad de cada persona, tan solo indica el grado de apertura de cada uno a la propia esencia en un momento dado.

Ante la aparición de la enfermedad, la persona debe enfrentarse con un proceso de adaptación, que puede ser entendido a través del modelo de adaptación psicoemocional planteado por Singh, compuesto de diferentes etapas que permiten comprenderlo mejor (19):

- Etapa 1, “caos”: en donde se identifica la lucha, negación, depresión por perder lo considerado como integridad.
- Etapa 2, “rendición”: entrega, aceptación, soltarse, dejarse frente a la enfermedad.
- Etapa 3, “trascendencia”: estado modificado de conciencia, de paz, serenidad, bienestar.

En una situación de enfermedad en la que la persona identifica que no tiene escapatoria al sufrimiento y se agota la resistencia, comienza a comprender que esas intuiciones le permiten entender la nueva realidad, lo cual lleva a descu-

brir la verdadera naturaleza del ser, siendo estos los principios de la apertura espiritual (24).

Uno de los objetivos de la atención espiritual en cuidados paliativos se basa en manejar la sensación de aislamiento que trae la enfermedad y en ayudar a los familiares o cuidadores a encontrar consuelo, alivio y fortaleza en situaciones de sufrimiento (23).

El profesional en enfermería debe saber cómo reconocer las expresiones espirituales y formular planes de cuidado a partir del uso de diagnósticos reconocidos por la North American Nurses Diagnosis Association (NANDA), como lo son: ansiedad ante la muerte (00147), desesperanza (00124) y sufrimiento espiritual (0066) (30). Como los demás síntomas espirituales, estas expresiones son subjetivas y complejas. A esto se suman la poca preparación del personal de salud, el desconocimiento generalizado sobre cómo tratar estos casos y la incomodidad por ser un tema tan personal. Estos factores hacen que todavía existan muchos vacíos en el manejo de dichas necesidades e influyen en su uso limitado como diagnósticos de enfermería (18).

El cuidado espiritual requiere de un vínculo fuerte entre el paciente y el personal de salud y, para su evaluación, es necesario informarse sobre aspectos personales del paciente, para lo cual observar sus conductas y escucharlo resulta más efectivo que las preguntas directas. También es importante el autorreconocimiento del síntoma espiritual por parte del paciente y la inclusión de la valoración y el manejo de las necesidades espirituales en la atención médica y de enfermería (18).

Para detectar una necesidad espiritual se debe prestar especial atención a las “señales de aviso”, entre las cuales Benito y otros (27) describen: las preguntas radicales, los comentarios que hacen referencia a un mundo sin sentido, la desesperanza, la comprensión, la trascendencia y las afirmaciones sin salida, como “no estoy preparado para...” o “quiero tirar la toalla”. También se deben identificar los recursos espirituales del paciente como objetos (libros, estampas, figuras) y frases como “siempre he sido una persona...”, “le pido a Dios...” (27). Una vez identificadas las señales, se recomienda explorar la fe o las creencias del paciente,

la importancia o influencia que tienen para su vida y la pertenencia a alguna comunidad espiritual o religiosa como recursos para potenciar durante el cuidado espiritual (27).

La valoración espiritual se puede hacer mediante preguntas orientadoras acerca de la percepción de la situación vivida, las preocupaciones en el proceso de enfermedad o en la situación de fin de vida, los recursos que le ayudan a enfrentar la experiencia, sus motivaciones y qué le pediría a la vida (27).

Existen cuestionarios (25) que han sido utilizados en diversas investigaciones, como el cuestionario FICA (fe y creencia, importancia, comunidad, dirección de cuidado), la escala de esperanza, el modelo de Kristeller y otros, la escala de bienestar espiritual FACIT-Sp-12 (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual WellBeing Scale), la escala de afrontamiento religioso Brief-RCope, la escala de valoración del sufrimiento espiritual de Ortega, la escala de perspectiva espiritual de Reed, el cuestionario GES (Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos) y Meaning in Life Scale. Los cuestionarios, a través de parámetros y puntajes preestablecidos, estiman las necesidades espirituales (25) y orientan la labor de enfermería. Sin embargo, existe una limitación: pocos han tenido validaciones transculturales (21).

Pese a que el personal asistencial está en la capacidad de identificar algunos síntomas espirituales, existen barreras para intervenir de modo oportuno, como la formación insuficiente y la subestimación del tema por parte de los pacientes (26). Otras barreras son la carga laboral; el estrés; el desgaste emocional del personal de salud, y la falta de comunicación con el paciente, su familia y demás compañeros del equipo, lo cual se denomina *burnout* o síndrome de desgaste (27).

Los profesionales de la salud, en especial aquellos en continuo contacto con pacientes crónicos y terminales como el personal de enfermería, identifican el sufrimiento de sus pacientes, que en ocasiones puede ser resuelto con intervenciones específicas para cada uno de los síntomas. No obstante, hay situaciones que vienen de la mano de cuestiones existenciales cómo: ¿por qué a mí?, ¿por qué debo morir?, ¿qué me espera? No hay una forma específica para mane-

jarlas, y resulta más fácil para el personal de salud evadir la situación o simplemente ignorarla (24).

La respuesta del paciente depende de si en su vida se han presentado momentos fructíferos para el despertar espiritual, ocasionalmente dados en momentos de crisis en los que se desmorona la visión que la persona tiene de sí misma. Es entonces cuando la vida se revisa y se revalora para construir un nivel superior de la percepción que se tenía de la realidad y de sí mismo (24).

La espiritualidad influye de manera positiva en el bienestar psicológico, el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes con necesidades paliativas. Se asocia más con aspectos como la religiosidad, la resiliencia, la percepción de salud o la felicidad, que con aspectos sociodemográficos (28). Así mismo, en el proceso de fortalecimiento de la espiritualidad, se desarrolla la capacidad de encontrar sentido a experiencias como las consecuencias o respuestas negativas del proceso de enfermedad o de la situación de fin de vida (27, 28).

En el contexto del cuidado paliativo, el equipo multidisciplinario es fundamental para abordar el cuidado espiritual; no obstante, el rol de enfermería resulta necesario para la identificación temprana de este tipo de síntomas, el uso de escalas estandarizadas para su valoración y el enlace oportuno con las diferentes disciplinas de apoyo para su manejo.

Estrategia de manejo del síntoma

Según Rinpoché, citado por Benito y colegas (24): “Un encuentro en profundidad con el que está muriendo puede llevarnos a un auténtico despertar, a una profunda transformación de nuestra forma de entender y vivir la vida”. La escucha y el acompañamiento pueden ser estrategias básicas para iniciar un abordaje. “La escucha es un acto espiritual porque se encuentra impregnado de competencia interior”, dice Bermejo (29). El hecho de escuchar ayuda al profesional a identificar las necesidades del paciente y, si puede, a solucionar algunas (29).

Rosas-Jiménez y Díaz-Díaz (31) mencionan el impacto positivo evidenciado en la satisfacción del paciente cuando es escuchado, pues siente el respeto y la preocupación del profesional por su bienestar. Una

buena actitud al pie de la cama, acompañarle en una oración, mostrarle franqueza y confianza para que cuente sus preocupaciones con escucha atenta reflejan una influencia positiva en el proceso de sanación.

En la revisión de casos se describe cómo el acompañamiento espiritual es una intervención terapéutica en la que el profesional, desde su experiencia, muestra su vulnerabilidad y, mediante la compasión, logra sintonizarse con el sufrimiento del enfermo. Así se busca la aceptación, entrega, transcendencia y sanación, es decir, un nivel de conciencia superior al anterior (24).

Según Benito y otros (24), la actitud de hospitalidad, la presencia y la compasión son las herramientas del profesional que acompaña al paciente con necesidades espirituales. De este modo, se ofrece serenidad, confianza y tranquilidad; se da la mano para ayudarlo a que mire el miedo, la muerte o la amenaza a los ojos, y los pueda afrontar.

El personal de la salud, específicamente, percibe que los temas espirituales son más comunes en la etapa final de vida de un paciente; del mismo modo, identifica cómo su ayuda y la atención con calidad implican una adecuada comunicación verbal y no verbal, la escucha activa, el contacto visual y físico, así como compartir los antecedentes y preferencias espirituales personales, respetar los momentos de silencio y soledad, y demostrar sensibilidad y capacidad para intuir, observar e interpretar las preferencias de los pacientes. Estas son estrategias para acercarse a dichos síntomas (32, 33).

Las acciones expuestas demuestran una atención amorosa y, sumadas al hecho de “estar ahí” con los pacientes, son una fuerte base para su bienestar espiritual. Aun así, es importante afianzar y conceptualizar los cuidados para mejorar la asistencia de los profesionales de la salud (34). No siempre es posible brindar acompañamiento; se requiere de madurez espiritual más que de conocimientos, y de un corazón compasivo por formar y equilibrar. Al parecer, se dispone de poca evidencia sobre cómo cultivar de manera eficiente la espiritualidad del profesional como una oportunidad de ayuda y de crecimiento (35).

Según lo descrito por Tosao (36), las intervenciones para mejorar el estado espiritual se clasifican en

tres niveles. Las de primer nivel son las que más preocupación le causan al paciente, como el control de los síntomas físicos, el respeto a su dignidad, la promoción de la aceptación de la realidad, el fortalecimiento de la esperanza y el acompañamiento. Las de segundo nivel incluyen intervenciones con los capellanes, la psicoterapia de grupo y la terapia de la dignidad (36). Otras alternativas son: facilitar la revisión de acontecimientos vitales significativos, recordar momentos felices, identificar los asuntos pendientes no resueltos, fomentar la reconciliación y el perdón con uno mismo y con los demás, señalar valores personales, promover la terapia ocupacional y la distracción, leer conjuntamente o proporcionar lecturas de espiritualidad o afines que puedan ser terapéuticas, recomendar ejercicio regular, implementar estrategias comunicativas del *counselling* o acompañamiento, arteterapia, sugerir un tipo de música que pueda acompañar el proceso, grabar las canciones favoritas para que puedan servir de despedida a sus familiares, utilizar cuentos, narraciones, fábulas, poesía, etc. (27, 35, 36). Rudilla y otros (37) demostraron que el *counselling*, en específico, es una de las terapias más utilizadas para acercarse a las necesidades espirituales, puesto que se basa en una comunicación eficaz entre el personal de la salud y el paciente, por medio de una relación de autoayuda que busca capacitar y poner en marcha los recursos propios. Finalmente, las intervenciones de tercer nivel tratan de promover la escritura de diarios, testamentos espirituales, cartas de despedida a sus allegados; la risoterapia, y las terapias complementarias como la relajación, el masaje, el reiki, el yoga, el taichí, la meditación, la visualización, así como los ejercicios y prácticas guiadas de *mindfulness* (meditación de conciencia plena) (27, 35, 36).

El acompañamiento y la intervención de la dimensión espiritual por parte de los profesionales de la salud son percibidas por ellos mismos como parte de su labor asistencial en cuidado paliativo; sin embargo, no todos se consideran competentes en este campo y en muchas instituciones cuentan con un integrante del equipo para abordar la espiritualidad específicamente (38). Esto puede ser de gran ayuda para las cuestiones existenciales que van más allá de la preparación que pudiera o no tener el personal de salud (27).

El profesional en enfermería puede tener el perfil idóneo para detectar y abordar tempranamente estas necesidades; sin embargo, requiere conocer y aplicar herramientas que puedan ser útiles, como la escucha y presencia activas, los vínculos de confianza, la compasión y el empoderamiento frente al miedo. Es importante que el profesional sea capaz de identificar sus propios recursos, habilidades y heridas espirituales para reconocer su propia fragilidad y así lograr un estado de simetría que fomente en el paciente sus recursos espirituales y el equilibrio entre estos y sus necesidades (27).

El enfoque del arte terapéutico, por otra parte, tiene el objetivo de ofrecer poderosas herramientas de expresión simbólica; responde a las necesidades sociales, emocionales, personales y espirituales del paciente y su familia, y busca que la persona por sí misma se reintegre a su grupo de referencia social (39). Los profesionales en este tipo de terapia utilizan diferentes métodos artísticos de forma transdisciplinar: el dibujo, la escritura, la pintura, las creaciones plásticas y el collage, combinados con la música y los ejercicios de respiración o de movimiento expresivo de las partes del cuerpo que conserven motricidad (40).

En la revisión de las referencias, se destaca la importancia de las terapias integradas ya mencionadas y de algunas prácticas espirituales como el uso de canciones religiosas. Al respecto, un estudio menciona que la religión es una fuente importante de apoyo ante situaciones de enfermedad, pues se ha demostrado que fomenta la curación, la comodidad y la fortaleza ante síntomas como la depresión, la tristeza, la ansiedad, la preocupación y el temor (41). Otro estudio, por ejemplo, documentó cómo la Iglesia ha promovido el ejercicio físico, y con este la salud mental y espiritual en mujeres de Australia (42).

Se ha identificado además, que las personas mayores tienden a participar en actividades religiosas y espirituales de modo activo y presentan mayor aceptación de los procesos de enfermedad (43). La expresión de la espiritualidad a través de prácticas o experiencias espirituales se ha asociado con menores niveles de depresión, por lo cual se recomienda, desde el enfoque de los cuidados paliativos, diseñar e implementar una evaluación espiritual completa por parte de un capellán o un

asesor espiritual dentro de un modelo de atención interdisciplinario (44-47). Sin duda, la religión hace parte del abordaje espiritual dado que la oración, la religión y el impacto de los capellanes tienen un gran potencial en el cuidado espiritual (48). Sin embargo, no hay suficiente preparación del grupo de religiosos ni de los profesionales de la salud en el campo del cuidado paliativo (46-50).

Benito, Dones y Barbero (24) citan a la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y al GES, cuyo objetivo es “promover entre pacientes, familiares y profesionales la oportunidad de transformar el proceso de morir en una experiencia compartida de crecimiento personal y de toma de conciencia de nuestros recursos y necesidades espirituales”, por medio de un modelo integral que contemple la atención al sufrimiento y las necesidades de pacientes y familias, y que sustente cómo las acciones del profesional de salud relacionadas con la espiritualidad dan un sentido a su labor y mejoran los vínculos entre el paciente, su familia y el equipo de salud (24, 49-51).

Por último, en la revisión se evidencia que las estrategias para el manejo de síntomas espirituales parten principalmente del acompañamiento y la escucha activa, por lo que podrían complementarse con todas las intervenciones de segundo y tercer nivel que, a su vez, pueden ser apoyadas por diferentes disciplinas.

Resultados del manejo del síntoma

Los síntomas espirituales, según el modelo de manejo de síntomas, desencadenan la alteración del estado funcional o emocional de cada individuo, lo que pone a prueba el autocuidado espiritual como una forma de mejorar la calidad de vida (45). Muchas personas que experimentan algún tipo de enfermedad grave se sienten incentivadas a enfrentarla buscando paz interior (52), y en más de la mitad de pacientes que se atienden en estas condiciones se detectan expresiones referentes a lo espiritual (53). La ayuda posterior se basa en la capacidad del profesional para reconocer síntomas como la angustia espiritual; no obstante, y como se ha mencionado, el desconocimiento de los profesionales, el vacío en la educación sobre espiritualidad, además de la falta de tiempo durante las jornadas

laborales, son barreras que llevan a omitir lo espiritual durante la atención en salud (43, 45, 54).

Cuando se habla de la capacidad del cuidador como sanador, es su propio dolor el que puede dar la medida del poder para sanar. El cuidador profesional es efectivo cuando él mismo es afectado y, de esta manera, cuando se tiene en parte la experiencia vivida de una enfermedad terminal cercana, es posible ofrecer fortalezas y estrategias con profundidad terapéutica que enfatizan la importancia de la autoconciencia y el apoyo para solucionar problemas espirituales (55). Se ha demostrado que la calidad de vida y la vivencia en etapas terminales mejora de modo significativo con una adecuada atención espiritual, lo cual influye de manera positiva tanto en el afrontamiento de la muerte de los pacientes como en el duelo de sus familiares (56).

Trabajar en la educación acerca del proceso de muerte es imprescindible para la sociedad actual por el efecto inmediato y positivo que tiene sobre las necesidades espirituales que van surgiendo de este proceso (57). Varios estudios permiten conocer la falta de tratamiento espiritual para pacientes con necesidades paliativas en el mundo, aun teniendo en cuenta que la percepción de los síntomas espirituales y la creencia en un dios entre las diversas culturas son semejantes a las revisadas en la población occidental (41, 45).

Las necesidades espirituales y la solicitud de acompañamiento espiritual no son siempre manifestadas por los pacientes o la familia en un escenario de cuidado paliativo (58). Las instrucciones previas y el diálogo abierto sobre los deseos y preferencias entre el equipo de atención, el paciente y sus familias, específicamente en esta dimensión de cuidado, son determinantes para identificar oportunamente estas necesidades durante la atención de pacientes que se encuentran en un estado terminal (58).

Para esta sociedad, inmersa en la tecnología, la muerte es a menudo considerada un fracaso y se intenta posponerla por todos los medios posibles, genera sentimientos de vergüenza, derrota o agotamiento que afectan no solo a las familias sino también al personal de la salud (59). El reconocer y atender oportunamente las necesidades espirituales al final de la vida ha impactado en la

reducción de tratamientos agresivos y prolongados que la tecnología ofrece, representando una mejora en la calidad de vida de los pacientes en los que ya estas medidas no son necesarias (46). En muchos casos, los pacientes que enfrentan su enfermedad a través de la práctica de sus creencias religiosas y espirituales, por lo general, logran controlar mejor su proceso (46).

Al parecer, tener una visión extracorpórea o ideas sobre lo que puede existir después de la muerte, le confiere al ser humano la capacidad de apreciar mejor la vida durante el curso de una enfermedad, generándole sensaciones de paz y fuerza para enfrentar incluso hasta el dolor físico más agudo (46, 54). Los profesionales tienen el privilegio y la responsabilidad de acompañar, entender y atender al paciente y a su familia en el proceso de exploración e identificación de sus necesidades, preocupaciones y sus propios recursos para poder afrontar sus dificultades como mejor lo consideren (60).

Aunque el sufrimiento se ha vinculado a la experiencia de dolor físico y se relaciona con un despertar espiritual, es el sentimiento más expresado por familiares de pacientes en situación de fin de vida. Se hace necesario profundizar en lo que les ocurre a través de la espiritualidad como factor coadyuvante, ya que es observado en pacientes paliativos en quienes el dolor no es su mayor preocupación (61).

La fe es otro factor relacionado con el manejo de los síntomas, traduce la espiritualidad y es reconocida como promotora de la calidad de vida. Sin embargo, la fe y la espiritualidad dependen de los valores de la persona y determinan su voluntad para buscar y encontrar significado a su vida o dar importancia a determinados momentos (47).

Frankl, citado por Da Silva JB y Da Silva LB (47), categoriza los valores en creativos, vivenciales y actitudinales, los cuales definen los rumbos que cada quien quiere seguir en su vida. Así mismo, los valores determinan cómo se desea vivir y expresar la espiritualidad; entre estos, Frankl destaca el amor, la compasión, la alegría, el perdón y la esperanza como combustible de la espiritualidad. Bermejo y Villaceros (62) mencionan que la esperanza durante la fase terminal de las enfermedades,

por ejemplo, se obtiene de las relaciones con otros (seres queridos), con dios (trascendencia) y con uno mismo (actitud personal). Además la espiritualidad añade esperanza al que cree que hay algo más allá en una situación de fin de vida.

Aproximarse a los síntomas espirituales implica, entonces, una amplia búsqueda por prevenir o aliviar el sufrimiento, entendiendo al paciente con necesidades paliativas en sus diferentes aspectos. Por ello es necesario intervenir diferentes componentes: el psicológico (cognitivo, emocional, comportamental), el biológico, el social (familia, amigos, trabajo, comunidad) y el espiritual (sentido, propósito e identidad), para obtener así un buen resultado en cuanto a la mejora de las necesidades espirituales (63).

De igual modo, es relevante tener en cuenta y aclarar que la dimensión espiritual de cada uno de los profesionales de la salud se enlaza al cuidado del otro. Este aspecto influye e impacta directamente en el entendimiento, el afrontamiento de la enfermedad y la calidad de vida de las personas (63). También es importante resaltar que, aunque el personal de la salud está poco expuesto a un entrenamiento o formación en espiritualidad y cómo abordarla, muchos reconocen el valor de una relación con el paciente y su familia integrada en la espiritualidad como un aspecto esencial del cuidado al paciente (64).

Por último, existen situaciones que dificultan una adecuada intervención espiritual; como la necesidad imperiosa de un paciente internado en situación de fin de vida por obtener información sobre su estado. Cuando se requiere comunicar un diagnóstico grave o algo que comprenda un grado de limitación física, se genera en las personas una carga emocional y espiritual alta, expresada como angustia, miedo, depresión, rabia, insatisfacción, etc. (65). Una “buena muerte”, como describe Hinshaw (66), se basa en seis dimensiones –en su mayoría espirituales– que involucran al personal profesional: el manejo efectivo de los síntomas y el dolor, la capacidad de participar en la toma de decisiones claras, la preparación para la muerte, un sentido de terminación, la capacidad

continua para contribuir a otros y la afirmación de toda la persona.

CONCLUSIONES

En relación con el objetivo principal del estudio, los resultados de la revisión permiten describir cómo el cuidado espiritual en el contexto de los cuidados paliativos se estructura a partir de un plan de cuidados de enfermería. Ese plan se basa en percibir los procesos de enfermedad o de fin de vida, en identificar de modo oportuno las necesidades espirituales y en valorarlas a través de escalas validadas transculturalmente. Es necesario, además, incluir en los planes de cuidado el uso de los diagnósticos propuestos por la NANDA que estén relacionados con la dimensión espiritual (30).

El manejo de las necesidades espirituales implica un esfuerzo por prevenir o aliviar el sufrimiento y generar factores protectores ante la frustración y el desánimo. Con esto, se busca transformar situaciones críticas en experiencias positivas para afrontar la enfermedad. Las estrategias de manejo para estas necesidades o síntomas, de acuerdo con el modelo de Patricia Larson y colaboradores, inician con el acompañamiento y la escucha activa del paciente, de donde se derivan las intervenciones de segundo y tercer nivel, que incluyen: psicoterapia de grupo, terapia de dignidad, identificación de asuntos pendientes, fomento de la reconciliación, *counselling* (acompañamiento), arteterapia, escritura de diarios, cartas de despedida, terapias complementarias, entre otras (27, 35, 36). De esta forma, se podría obtener, como resultado de los síntomas, el adecuado afrontamiento de los procesos de enfermedad y fin de vida, así como la resolución de problemas existenciales y una trascendencia espiritual que aporten en el control de síntomas físicos y mejoren la calidad de vida de los pacientes.

Lo anterior no se limita solo a la persona con necesidades paliativas, sino que también se hace extensivo a su familia y a los profesionales de la salud que la atienden. Se debe comprender la construcción del cuidado espiritual basado en los tres

componentes del modelo revisado: experiencia del síntoma (percepción, evaluación y respuesta), estrategias de manejo del síntoma y resultado del manejo del síntoma (12, 13).

Por otro lado, es común que en la cotidianidad laboral no se brinde cuidado espiritual a la población susceptible de recibirlo por ser un aspecto subjetivo y complejo; además hay poca preparación del personal de la salud para abordar dicha dimensión. Las referencias revisadas a la luz del modelo del manejo de síntomas sugieren que el cuidado espiritual necesita efectuarse de modo interdisciplinario, para que se logre un enfoque holístico e integrativo, tanto desde las terapias convencionales como desde las alternativas. Si bien es cierto que la preparación es importante, también se debe tener en cuenta que “la espiritualidad no puede ser enseñada, tan solo puede ser descubierta” (24). El poco interés y los temores del personal de la salud por el cuidado espiritual han sido barreras que han influido en su poca aplicación en la atención en salud. En consecuencia, las limitantes denotan la necesidad de utilizar enfoques como el modelo de manejo de síntomas, que mejoren la comprensión y la gestión de estos síntomas en la práctica clínica.

Para finalizar, se identifica que la evidencia existente respecto a espiritualidad y cuidado espiritual se enfoca en los beneficios para los pacientes con enfermedades crónicas o en situación de fin de vida. Se requerirán, entonces, de futuros estudios y modelos de atención que se puedan ajustar al sistema de salud del país para garantizar esa línea de cuidado. Así mismo, los hallazgos demuestran la escasez de estudios relacionados con la validación transcultural de instrumentos para valoración espiritual que permitan integrar la evidencia científica con la práctica clínica de enfermería y otras disciplinas.

El cuidado de enfermería en el paciente con necesidades paliativas debe involucrar la preparación y el empoderamiento por parte de los profesionales en el uso de las herramientas necesarias para el proceso de valoración y diagnóstico, orientadas a las estrategias de manejo desde los niveles de intervención espiritual, planteados en las referencias consultadas. Por último, es indispensable una revaloración constante que lleve a identificar el resultado de los síntomas y su evolución.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Real Academia Española.** Diccionario de la lengua española. Madrid, España. Real Academia Española. 2014.
<https://dle.rae.es/?w=diccionario>
2. **Organización Mundial de la Salud.** Cuidados Paliativos. Suiza: World Health Organization, 19 de febrero de 2018.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
3. **Manchola C, Brazão E, Pulschen A, Santos M.** Palliative care, spirituality and narrative bioethics in a specialized health care unit. *Rev. Bioét.* 2016, 24(1), 165-75.
http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1195/1422
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241118>
4. **Arrieira ICO, Thofehrn MB, Porto AR, Moura PMM, Martins CL, Jacondino MB.** Spirituality in palliative care: Experiences of an interdisciplinary team. *Rev Esc Enferm USP.* 2018, 52, 1-7.
http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/en_0080-6234-reeusp-S1980-220X2017007403312.pdf
<http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>
5. **Ming-Shium T.** Illness: An opportunity for spiritual growth. *J Altern Complement Med.* 2006, 12(10), 1029-33.
<https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/acm.2006.12.1029>
<https://doi.org/10.1089/acm.2006.12.1029>
6. **Caro de Pallares S.** Abordaje de la necesidad espiritual en la relación de ayuda. *Salud Uninorte.* 2004, 18, 3-7.
<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4157>

7. Sandoval PE, Rangel NE, Allende SR, Ascencio L. Concepto de espiritualidad del equipo multidisciplinario de una unidad de cuidados paliativos: un estudio descriptivo. *Psicooncología*. 2014, 11(2-3), 333-44.
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/47392/44425>
http://dx.doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47392
8. Guirao JA. La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de salud. *Ene de Enfermería*. 2013, 7(1), 1-9.
<http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/252/206>
9. Rivas AC, Romero AV, Vásquez M. Bienestar espiritual de los pacientes con enfermedades crónicas de una institución de cuidado domiciliario. *Duazary*. 2013, 10(1), 20-26.
<http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/202>
10. Quiceno JM, Vinaccia S. Creencias-prácticas y afrontamiento espiritual-religioso y características sociodemográficas en enfermos crónicos. *Rev. Psic. Avances de la Disciplina*. 2011, 5(1), 25-36.
<http://www.revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/1119/911>
11. Ortega AM, González MD. El valor de la dimensión espiritual en el final de la vida desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. *Med Paliat*. 2016, 23(2), 93-98.
<https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1134248X14000317?returnurl=null&referrer=null>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.09.004>
12. Conchon M, Nascimento L, Fonseca L, Aroni P. Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas. *Rev Esc Enferm USP*. 2015, 49(1), 120-26.
<http://www.journals.usp.br/reeusp/article/view/103170>
<https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100016>
13. Humphreys J, Janson S, Donesky DA, Dracup K, Lee KA, Puntillo K, et ál. Theory of symptom management. En: Smith MJ, Liehr PR, editores. *Middle range theory for nursing*. 3.^a ed. Nueva York, Springer. 2008, p. 145-58.
http://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/Mary-Jane-Smith-PhD-RN-Patricia-R.-Liehr-PhD-RN-Middle-Range-Theory-for-Nursing_-Third-Edition-Springer-Publishing-Company-2013.pdf
14. Dodd M, Janson S, Facione N, Faucett J, Froelicher ES, Humphreys J, et ál. Advancing the science of symptom management. *J Adv Nurs*. 2008, 33(5), 668-76.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
15. Ganong L. Integrative reviews of nursing research. *Es Nurs Heal*. [Internet]. 1987;10(1), 1-11.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nur.4770100103>
<https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>
16. Panzini RG, Rocha NS, Bandeira DR, Fleck MPA. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev. Psiquiatr. Clín*. 2007, 34(11), 105-15.
<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/20617/000644798.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700014>
17. Waldow VR. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm*. 2014, ;23(4):234-38. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en
<https://doi.org/10.4321/S1132-12962014000300009>
18. Prado TP, Chaves ECL, Lunes DH. Angústia espiritual: a busca por novas evidências. *J. Res. Fundam. Care. Online*. 2015, 7(2), 2591-602.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750946037>
<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2591-2602>
19. Singh KD. The grace in dying: how we are transformed spiritually as we die. San Francisco, Harper San Francisco, 1998.

20. Redondo-Elvira T, Ibáñez-del-Parto C, Barbas-Abad S. Espiritualmente resilientes. Relación entre espiritualidad y resiliencia en cuidados paliativos. *Clín Salud*. 2017, 28 (3), 117-21.
<http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v28n3/1130-5274-clinsa-28-03-00117.pdf>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.09.001>
21. Barreto P, Fombuena M, Diego R, Galiana L, Oliver A, Benito E. Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Med Paliat*. 2015, 22(1), 25-32.
<https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1134248X13000578?returnurl=null&referrer=null>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.02.002>
22. Pérez-García E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enferm Cuidado Humanizado*. 2016, 5(2), 41-45.
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v5n2/v5n2a06.pdf>
<http://dx.doi.org/10.22235/ech.v5i2.1286>
23. Hart M. Spiritual care. En: Emanuel LL, Librach SL, editores. *Palliative care core skills and clinical competencies*. Saunders Elsevier, EE.UU, Elsevier. 2011, 584-98.
<https://www.clinicalkey.es/#!/browse/book/3-s2.0-C20090420506>
24. Benito E, Dones M, Barbero J. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología*. 2016, 13(2-3), 367-84.
<http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54442/49745>
<http://dx.doi.org/10.5209/PSIC.54442>
25. Oliver A, Benito E, Sansó N, Galiana L. Cuestionarios de atención espiritual en cuidados paliativos: revisión de la evidencia para su aplicación clínica. *Psicooncología*. 2016, 3(2-3), 385-97.
<https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54443>
<https://doi.org/10.5209/PSIC.54443>
26. Rivera A, Montero M. Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de Psicología*. 2007, 23(1), 125-36.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723116>
27. Benito E, Barbero J, Payás A. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos: una introducción y una propuesta. 2008.
http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_9.pdf
28. Reig-Ferrer A, Ferrer-Cascales R, Fernández-Pascual MD, Albaladejo-Blásquez N, Priego M. Evaluación del bienestar espiritual en pacientes en cuidados paliativos. *Med Pal*. 2013, 22(2), 60-8.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X13000864>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2013.03.008>
29. Bermejo JC. La escucha activa en cuidados paliativos. *Ars Médica*. 2005, 34(2), 1-18.
<http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/209>
<http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v34i2.209>
30. Herdman TH, Kamitsuru S. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017*. Barcelona, Elsevier, España, 2017.
31. Rosas-Jiménez CA, Díaz-Díaz A. La escucha: elemento fundamental en la atención espiritual del cuidado paliativo. *Pers Bioet*. 2017, 21(2), 280-91.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0123-31222017000200280&lng=en&nrm=iso&tlng=es
<http://dx.doi.org/10.5294/pebi.2017.21.2.8>
32. Wittenberg E, Ragan SL, Ferrell B. Exploring nurse communication about spirituality. *Am J Hosp Palliat Med*. 2016, 34(6), 566-71.
<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049909116641630?journalCode=ajhb>
<http://dx.doi.org/10.1177/1049909116641630>

33. **Veloza MM, Pérez B.** La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería. *Hallazgos*. 2009, 6(11), 151-60.
<http://revistas.usta.edu.co/index.php/hallazgos/article/view/1734>
<https://doi.org/10.15332/s1794-3841.2009.0011.08>
34. **Uribe SP, Lagoueyte MI.** "Estar ahí", significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. *Av Enferm*. 2014, 32(2), 261-70.
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n2/v32n2a10.pdf>
35. **Benito E, Barbero J, Dones M.** Espiritualidad en clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Monografías SECPAL*. 2014, 6, 147-52.
<http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5CMonografia%20secpal.pdf>
36. **Tosao C.** Abordaje aconfesional de la espiritualidad en cuidados paliativos. *FMC*. 2012, 19(6), 331-8.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3990588>
37. **Rudilla D, Oliver A, Galiana L y Barreto P.** Espiritualidad en atención paliativa: evidencias sobre la intervención con counselling. *Interv Psicosoc*. 2015, 24 (2), 79-82.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592015000200003
<http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2015.06.002>
38. **Dones M, Collete N, Barbero J, Gomis C, Balbuena P, Benito E.** ¿Cómo percibimos los profesionales el acompañamiento espiritual en los equipos de cuidados paliativos en España? *Med Pal*. 2016, 23(2), 63-71.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X13001171>
<https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.07.002>
39. **Klein JP, Bassols M.** El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. *Arteterapia. Papeles de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social*. 2006, 1, 19-25.
<https://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/viewFile/ARTE0606110019A/9023>
40. **Collette N.** Arteterapia en el final de la vida. Fundamentos y metodología de la intervención en una unidad de cuidados paliativos. *Arteterapia. Papeles de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social*. 2015, 10, 65-85.
<http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/viewFile/51684/47927>
http://dx.doi.org/10.5209/rev_ARTE.2015.v10.51684
41. **Hamilton JB, Worthy VC, Kurtz MJ, Cudjoe J, Johnstone PA.** Using religious songs as an integrative and complementary therapy for the management of psychological symptoms among African American cancer survivors. *Cáncer Nurs*. 2016, 39(6), 488-94.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26859281>
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000335>
42. **Jorna M, Ball K, Salmon J.** Effects of a holistic health program on women's physical activity and mental and spiritual health. *Journal of Science and Medicine in Sport*. 2006, 9 (5), 395-401.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1440244006001411>
<https://doi.org/10.1016/j.jsams.2006.06.011>
43. **Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Oftedal MB, Rojo F, Saito Y.** Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM-Population Health*. 2016, 2, 373-81.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827316300179>
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.04.009>
44. **Delgado-Guay MO.** Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2014, 8(3), 308-13.
https://journals.lww.com/co-supportiveandpalliativecare/Fulltext/2014/09000/Spirituality_and_religiosity_in_supportive_and.21.aspx
<http://dx.doi.org/10.1097/SPC.0000000000000079>

45. **Bhatnagar S, Gielen J, Satija A, Singh SP, Noble S, Chaturvedi SK.** Signs of spiritual distress and its implications for practice in Indian palliative care. *Indian J Palliat Care.* 2017, 23(3), 306-11.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5545957/>
http://dx.doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_24_17
46. **Catania G, Bagnasco A, Zanini M, Aleo G, Sasso L.** Spiritual assessment within clinical interventions focused on quality of life assessment in palliative care: A secondary analysis of a systematic review. *Religions.* 2016, 7(3), 1-9.
https://www.researchgate.net/publication/297358170_Spiritual_Assessment_within_Clinical_Interventions_Focused_on_Quality_of_Life_Assessment_in_Palliative_Care_A_Secondary_Analysis_of_a_Systematic_Review
<https://doi.org/10.3390/rel7030025>
47. **Da Silva JB, Da Silva LB.** Relação entre religião, espiritualidade e sentido da vida. *Logos & Existência.* 2014, 3(2), 203-15.
<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/le/article/viewFile/22107/12148>
48. **Kestenbaum A, Shields M, James J, Hocker W, Morgan S, Karve S, et ál.** What impact do chaplains have? A pilot study of spiritual AIM for advanced cancer patients in outpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2017, 54(5), 707-14.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392417302919>
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.027>
49. **El Nawawi NM, Balboni MJ, Balboni TA.** Palliative care and spiritual care: the crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2012, 6(2), 269-74.
https://journals.lww.com/co-supportiveandpalliativecare/Abstract/2012/06000/Palliative_care_and_spiritual_care___the_crucial.25.aspx
<http://dx.doi.org/10.1097/SPC.0b013e3283530d13>
50. **Kelley AS, Morrison RS.** Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med.* 2015, 373(8), 747-55.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMr1404684>
<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMr1404684>
51. **Puchalski CM.** Spirituality in geriatric palliative care. *Clin Geriatr Med.* 2015, 31(2), 245-52.
[https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(15\)00012-9/fulltext](https://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(15)00012-9/fulltext)
<https://doi.org/10.1016/j.cger.2015.01.011>
52. **Mistretta EG.** Spirituality in young adults with end-stage cancer: a review of the literature and a call for research. *Ann Palliat Med.* 2017, 6(3), 279-83.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28724300>
<http://dx.doi.org/10.21037/apm.2017.06.17>
53. **Rufino M, Ramos A, Prada ML, Güell E, Fariñas O, Blasco T, et ál.** Which spiritual sentences are expressed by patients attending a palliative care unit? *Med Paliativa.* 2016, 23(4), 172-78.
<http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-que-referencias-espirituales-verbalizan-los-S1134248X14000846>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2014.04.003>
54. **Balboni TA, Balboni MJ.** The spiritual event of serious illness. *J Pain Symptom Manage.* 2018, 56(5), 816-22.
[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(18\)30285-9/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(18)30285-9/fulltext)
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.018>
55. **Boston PH, Mount BM.** The caregiver's perspective on existential and spiritual distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2006, 32 (1), 13-26.
[https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(06\)00268-5/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(06)00268-5/fulltext)
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.01.009>
56. **Bermejo JC, Lozano B, Villaceros M, Gil M.** Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. 2013, 20(3), 93-102.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X12000559>
<https://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.05.004>

57. **Serrano-Pejenaute I, Ortiz-Jauregui MA.** Bizitzaren amaierako arreta espiritual. Osasun profesionalen parte hartzea. *Gac Med Bilbao*. 2018, 115(2), 67-76.
<http://www.gacetamedicabilbao.eus/index.php/gacetamedicabilbao/article/view/663/669>
58. **Ortiz-Gonçalves B, Albarrán E, Labajo E, Santiago-Saez SA, Perea-Pérez B.** Decisiones al final de la vida: resultados del cuestionario validado por experto. *Gac Sanit*. 2018, 32(4), 333-38.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391117303138>
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.011>
59. **Nolan S, Saltmarsh P, Leget, CJW.** Spiritual care in palliative care: working towards and EAPC task force. *EJPC*. 2011, 18(2), 86-9.
<https://www.narcis.nl/publication/RecordID/oai:tilburguniversity.edu:publications%2Fdb717cd1-7ebb-403d-87aa-7d9ce8d02e3d>
60. **Del Rincón-Fernández C.** Psychological and spiritual needs of children with severe encephalopathy and their families. *Rev Neurol*. 2018, 66:S57-S60.
<https://www.neurologia.com/articulo/2018206>
<https://doi.org/10.33588/rn.66S02.2018206>
61. **Rudilla D, Soto A, Pérez MA, Galiana L, Fombuena M, Oliver A, et ál.** Intervenciones psicológicas en espiritualidad en cuidados paliativos: una revisión sistemática. *Med Paliat*. 2018, 25(3), 203-12.
<https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.10.004>
62. **Bermejo J, Villacieros M.** Components of hope in situation of terminality. Study for development of a measurement scale. *Gerokomos*. 2016, 27(3), 97-103.
<http://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2016/11/27-3-2016-097.pdf>
63. **Longuiniere ACF, Yarid SD, Sampaio E.** Influence of the religiosity/spirituality of health professionals on critical-patient care. *Rev Cuidarte*. 2018, 9(1), 1961-72.
<http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v9n1/2216-0973-cuid-9-1-1961.pdf>
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.413>
64. **Monareng L.** An exploration of how spiritual nursing care is applied in clinical nursing practice. *Health SA Gesondheid*. 2013, 18(1), 1-8.
<https://www.ajol.info/index.php/hsa/article/view/90843/80273>
<http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v18i1.635>
65. **Pinedo M, Jiménez J.** Care nursing the spiritual dimension of the patient. Systematic review. *Cult Cuid*. 2017, 21(48):110-18.
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/69293/1/CultCuid_48_13.pdf
<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.13>
66. **Hinshaw DB.** Spiritual issues in surgical palliative care. *Surgi Clin*. 2005, 85(2), 257-72.
<https://doi.org/10.1016/j.suc.2004.11.002>